



תאריך הפניה:

טופס הפניה – מבוגרים

<u>שמות הילדים</u>	<u>בן/בת הזוג</u>	<u>הפונה</u>
1. _____	_____	שם: _____
2. _____	_____	ת. זהות: _____
3. _____	_____	ת. לידה: _____
4. _____	_____	מקום לידה: _____
5. _____	_____	שנת עליה: _____
6. _____	_____	כתובת: _____
	_____	טל: בבית: _____
	_____	טל: נייד: _____
	_____	מצב משפחתי: _____
האם מישהו מהמשפחה מלבד הפונה היה או נמצא בטיפול/ ייעוץ: מתי, ואצל מי	_____	מסי שנות נישואין: _____
	_____	נישואין קודמים: _____
	_____	שרות צבאי כן/לא: (משך השרות) _____
1. _____	_____	השכלה: _____
2. _____	_____	מקצוע: _____
3. _____	_____	ארץ מוצא הורים: _____

סיבת הפניה:

האם היה בטיפול או ייעוץ קודם? אם כן, אצל מי ומתי?

בעיות בריאות מיוחדות:

אינפורמציה נוספת חשובה:

הערה: הודעה על ביטול תתקבל 24 שעות מראש.

חתימת הפונה:

"עמותת מיטב" מרכז רב תחומי ליעוץ, טיפול וחינוך בקהילה (ע"ר)
COMMUNITY CENTER FOR PSYCHOLOGICAL AND EDUCATIONAL CONSULTATION
ת.ד. 90000 מיקוד 12100 (מתחם המועצה האזורית גליל עליון)
טלפונים: 04-6941862 04-6816367 פקס: 04-6816424
אי-מייל: mt@galil-elion.org.il

